

TIEMPO DE ESPERA PROLONGADO EN PACIENTES CANDIDATOS A COLECISTECTOMÍA ELECTIVA: ¿CÓMO IMPACTA EN SU CALIDAD DE VIDA?

PROLONGED WAITING TIME IN PATIENTS CANDIDATES FOR ELECTIVE CHOLECYSTECTOMY: HOW DOES IT IMPACT THEIR QUALITY OF LIFE?

AUTORES: TORRES, HENRY GUSTAVO*; FERRARO, MARÍA DEL ROSARIO*; GRANIZO, JOSELYN*; FRIZZERA, FRANCO*; PASCALE, MILAGROS DE LAS MERCEDES**; ZANDOMENI, MARCOS***

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL - HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P. 1405 - CABA, ARGENTINA.

*MÉDICO RESIDENTE

**INSTRUCTORA DE RESIDENTES

***MÉDICO DE PLANTA SECCIÓN HÍGADO Y VÍA BILIAR



🏆 **TRABAJO GANADOR DE PREMIO "ESTÍMULO" EN LAS LIX JORNADAS ANUALES DEL HOSPITAL DURAND 2025**

ABSTRACT

INTRODUCTION: Prolonged waiting times for surgical procedures jeopardize the timely care of patients in various countries. These delays impact multiple aspects of patients' quality of life and generate significant repercussions for healthcare systems.

OBJECTIVE: To describe the dynamics of waiting times among patients scheduled for elective cholecystectomy and to provide an overview of their impact on quality of life.

MATERIALS AND METHODS: This study is based on a retrospective analysis of a sample of patients on the waiting list for elective cholecystectomy due to gallstones over a two-year period, who responded to a telephone questionnaire assessing the time elapsed since diagnosis and their recurrence to the emergency department for related complications. Patients who had undergone surgery during the waiting period or who did not complete the questionnaire were excluded.

RESULTS: Among the 646 eligible patients, 50.6% (n = 351) completed the questionnaire. Of these, 31.3% were diagnosed in the emergency department after presenting with a complication of their condition. Overall, 13.6% were diagnosed more than 10 years ago, and the mean time since diagnosis was 4.6 years. During this period, 93.7% reported requiring at least one emergency department visit due to complications, with a mean of 4.7 visits.

CONCLUSIONS: Prolonged waiting times lead to patient dissatisfaction, deterioration in health status, and increased susceptibility to complications, resulting in higher demands for care and greater resource needs within healthcare systems. Current evidence supports interventions aimed at managing procedural demand and implementing organizational strategies that optimize the capacity of healthcare institutions.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los tiempos de espera prolongados para procedimientos quirúrgicos ponen en crisis la atención oportuna de los pacientes en diversos países. Son múltiples los ámbitos en los que estos retrasos impactan en su calidad de vida y generan repercusión en los sistemas de salud.

OBJETIVO: Conocer la dinámica en el tiempo de espera de pacientes candidatos a colecistectomía electiva, a través de una visión general del impacto en su calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio se basa en un análisis

retrospectivo de una muestra de pacientes que conforman la lista de espera para colecistectomía electiva por cálculos biliares en un período de dos años, que hayan dado respuesta al cuestionario enviado vía telefónica para evaluar el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y su recurrencia a la guardia por complicaciones relacionadas. Se excluyeron a aquellos pacientes que habían sido intervenidos durante la espera y a quienes no completaron efectivamente el cuestionario enviado.

RESULTADOS: Entre los 646 pacientes elegibles, el 50,6 % de ellos (n = 327) completaron el cuestionario enviado. 31,3 % de estos pacientes fueron diagnosticados en guardia tras asistir por una complicación de su patología. Del total, 13,6% fueron diagnosticados hace más de 10 años y en general el tiempo transcurrido desde el diagnóstico resultó en una media de 4,6 años. Durante dicho período, el 93,7 % declaró haber requerido al menos una atención en guardia por presentar complicaciones, con una media de 4,7 atenciones.

CONCLUSIONES: Los tiempos de espera prolongados implican insatisfacción en los pacientes, deterioro en su estado de salud y mayor propensión a complicaciones, por tanto, mayores demandas de atención y necesidad de recursos por parte de los sistemas sanitarios. La evidencia actual apoya intervenciones encaminadas a controlar la demanda de procedimientos y estrategias de organización que optimicen la capacidad de oferta de las instituciones de salud.

Key words: Elective cholecystectomy, prolonged waiting time, quality of life

Palabras clave: Colecistectomía electiva, tiempo de espera prolongado, calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Los tiempos de espera para cirugías electivas constituyen un indicador crítico de la eficiencia y equidad en los sistemas de salud. Estas demoras afectan negativamente los resultados clínicos, los costos sanitarios y el bienestar de los pacientes. El presente estudio propone alternativas de intervención para reducir los tiempos de espera, pretendiendo de esta forma mejorar el bienestar

físico, emocional y social de los pacientes; sugiere además estrategias implementadas en otros centros asistenciales con una problemática paralela, a fin de subsanar el deterioro en la calidad de vida del paciente, y ajustar las políticas sanitarias.

OBJETIVO

Conocer la dinámica en el tiempo de espera de pacientes candidatos a colecistectomía electiva, la medida en que la espera prolongada puede impactar en la calidad de vida de los pacientes.

Analizar y proponer políticas encaminadas a reducir dicha espera a fin de mejorar la atención y proporcionar el mayor beneficio.

MATERIALES Y MÉTODO

A través de un análisis retrospectivo de datos, se seleccionaron 646 pacientes que conforman la lista de espera para colecistectomía electiva por litiasis vesicular del servicio de Cirugía General del Hospital Carlos G. Durand, en un período comprendido entre diciembre del 2022 hasta enero del 2025. Se estableció contacto con ellos a través de encuestas digitales vía telefónica, para lo cual se formuló un cuestionario con 10 preguntas que permitieran evaluar la relación entre tiempos de espera y calidad de vida.

Se incluyeron en el estudio a aquellos pacientes que dieron respuesta al cuestionario y que indicaron no haber sido operados durante el tiempo de espera (316) y se excluyeron a aquellos que fueron operados (35) y a aquellos que no completaron efectivamente la encuesta, ya sea porque mencionaron haber tenido inconvenientes con el link de ingreso al formulario, por dificultad al guardar las respuestas, entre otros motivos (Figura 1).

Las preguntas incluidas en el cuestionario recopilaban datos como la edad, el sexo, lugar de residencia, fecha del diagnóstico, primera consulta al hospital, modalidad de la atención: guardia o consultorios externos, número de consultas a la guardia por síntomas relacionados, si fueron operados o no durante el lapso de espera, si la cirugía fue programada o de urgencia, lugar y fecha, si correspondiera.

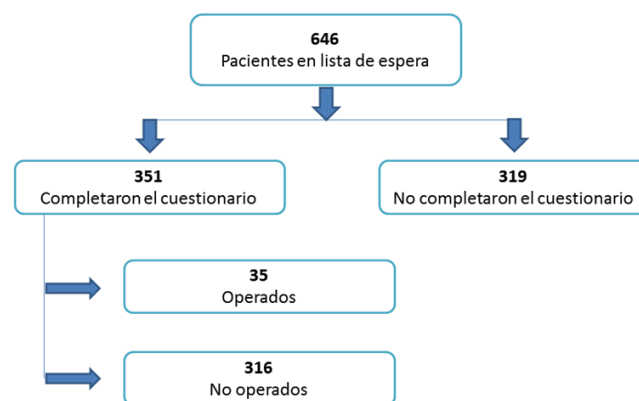


Figura 1. Pacientes incluidos en el estudio.

RESULTADOS

Nuestros datos revelaron que en el lapso de dos años que comprende el análisis, de los 351 pacientes que completaron el cuestionario, 35 habían sido operados durante la espera, 6 de ellos de carácter urgente, 14 de forma programada y los 15 restantes no lo especificaron. Entre aquellos que fueron operados de manera urgente, 2 fueron intervenidos en nuestro hospital. Mientras que en el grupo que accedió a la cirugía electiva, 8 se llevaron a cabo en este hospital. Los restantes declararon haber sido intervenidos en otros hospitales de CABA, de la provincia de Buenos Aires y del interior del país. Un caso fue intervenido en Paraguay (Tabla 1).

Como se observa en la Figura 1, de los 646 pacientes que conforman la lista de espera, en un período de 26 meses que abarca el análisis, la media de ingresos en la lista fue 24 pacientes por mes.

Total		35
Lugar/ Carácter de la cirugía	Urgente	Programada
Hospital Durand	2	8
Otro Hospital	4	6
Total	6	14
No especifica		15

Tabla 1. Pacientes intervenidos durante el tiempo de espera.

De los 316 pacientes que aún no habían sido intervenidos, 259 (79%) fueron mujeres y las edades del grupo oscilan entre 18 y 77 años, con una media de 47. Cabe mencionar además que 292 (92,4 %) de ellos se encuentran en rango laboral (18 - 65 años) (Tabla 1).

En cuanto al lugar de residencia, se evidenció que al menos 134 (42,4%) de los pacientes residen fuera

de la Capital Federal (CABA) (Tabla 2).

Del total, 99 (31,3%), fueron diagnosticados de litiasis vesicular tras debutar en consulta de guardia por una complicación de dicho diagnóstico (Tabla 2), el grupo restante fue diagnosticado por consultorios externos tras aportar los estudios complementarios requeridos.

Característica	N (%)
Total	316 (100)
Sexo	
Hombres	57 (21)
Mujeres	259 (79)
Grupo de edad	
18 – 65 años	292 (92,4)
> 65	24 (7,6)
Residencia	
CABA	134 (42,4)
Provincia	182 (57,6)
Entorno del diagnóstico	
Guardia	99 (31,3)
Consultorio externo	217 (68,7)
Consultas por guardia a partir del diagnóstico	
Ninguna	20 (6,3)
1-5	222 (70,3)
6-10	53 (16,8)
>10	21 (6,6)

Tabla 2. Resumen de las características de los pacientes.

En cuanto al tiempo transcurrido desde el diagnóstico, 43 (13,6%) pacientes fueron diagnosticados hace más de 10 años, con un intervalo que oscila entre 0 - 40 y una media correspondiente a 4,6 años. A lo largo de dicho período 296 (93,7 %) pacientes declararon haber requerido al menos una atención en guardia por presentar complicaciones relacionadas a la litiasis vesicular, con una media de 4,7 atenciones. Al clasificarlos en grupos, se evidenció que 222 (70,2 %) requirieron al menos 1-5 atenciones. 53 (16,7%) de 6-10 atenciones y 21 (6,6%) más de 10 atenciones de urgencia (Tabla 2). Únicamente 20 (6,3%) pacientes no acudieron a la guardia por manifestaciones clínicas relacionadas, a partir de la fecha de diagnóstico.

DISCUSIÓN

Los tiempos de espera para cirugías electivas en instituciones de salud pública representan una

problemática que involucra a un gran número de países a nivel mundial, y puede oscilar desde períodos mínimos como un par de meses hasta varios años, lo cual implica niveles crecientes de insatisfacción en los pacientes. Las estrategias políticas dirigidas a mejorar este panorama pueden apuntar a intervenir sobre la oferta si el número de cirugías financiadas en determinada institución resulta insuficiente, o hacia la demanda si este número se considera adecuado. El fondo de dicha problemática no sólo refleja un deterioro en el estado de salud del paciente, sino también la pérdida de su capacidad productiva, ausencias laborales, incremento en los niveles de ansiedad asociados a la incertidumbre, la recurrencia prolongada de los síntomas y por ende, mayor número asistencias al sistema de salud, requerimiento de medicación e incluso hospitalizaciones, con el respectivo gasto de recursos que esto implica.

Actualmente existen herramientas que permiten medir el estado de salud pre y post operatorio de los pacientes y cuantificar de esta forma, la ganancia de años de vida ajustados por calidad atribuibles a la colecistectomía y también los costes adicionales que representan los retrasos por año de vida ajustado a la calidad; que si bien su análisis excede el objetivo de nuestro estudio, nos amplía la visión de lo mencionado anteriormente.

(1) La demanda de procedimientos quirúrgicos está determinada por diversos factores, tales como el estado de salud de la población, el nivel de productividad de instituciones sanitarias públicas y también privadas, dicha productividad deriva en parte de la remuneración de los cirujanos y los hospitales; la tendencia al financiamiento basado en la actividad es probable que promueva un uso más intensivo de quirófanos o camas a diferencia del financiamiento con presupuestos fijos; iniciativa llevada a cabo en países como Noruega, Dinamarca, Inglaterra y Países bajos. Quizá una alternativa eficaz de reducir los tiempos de espera sea intentar destinar cierta cantidad de recursos temporales a las instituciones a fin de generar actividad extra. Establecer períodos limitados de actividad quirúrgica extra, una o dos veces por año, a fin de regular el volumen de las listas de espera de procedimientos con alta demanda, considerando, de acuerdo a los datos obtenidos en

nuestro estudio, que durante el período analizado ingresaron en la lista de espera una media de 24 pacientes por mes.

Otra alternativa sería conciliar la relación entre la remuneración de los profesionales y los niveles de actividad o reducción en las esperas, a través de bonificaciones o incentivos no financieros (9), lo cual ha representado una disminución constante en la espera en algunos países como Noruega, donde el gobierno implementó una remuneración parcial basada en la actividad por cada paciente tratado. (2) En España, las bonificaciones financieras destinadas a los profesionales que lograron reducir los tiempos de espera de los procedimientos representaron hasta un 3% de su salario.(9) También en Dinamarca, donde tras la implementación del financiamiento de acuerdo a la actividad, el volumen de procedimientos quirúrgicos aumentó un 13% y los tiempo de espera promedios redujeron un 17%.(3)

Al hablar de equidad en los sistemas de salud en cuanto al acceso a cirugías electivas por parte del paciente, se debe tener presente que un gran volumen de pacientes se desplaza desde distintas regiones con alta demanda hacia zonas de baja demanda, ya sea por restricciones en la capacidad resolutive de la institución accesible de acuerdo a su lugar de residencia, preferencias personales, o disponibilidad y fluidez en los procedimientos; sin embargo esto también genera una distribución asimétrica en las listas de espera, generando muchas veces excesos de demanda en algunos hospitales. Por lo cual, en ciertos países se ha optado por difundir al público información a través de plataformas en línea de los tiempos de espera desglosados por hospitales y por procedimiento, a fin de lograr una distribución descentralizada.(8) En este punto, cabe mencionar que al menos 134 (42,4%) de los participantes del estudio residen fuera de la capital federal (CABA) (Tabla 2).

Cuando el volumen de cirugías llevadas a cabo en una institución resulta aceptable y sin embargo las listas de espera se mantienen en ascenso, cabe optar por medidas que contengan la demanda. Una de ellas ha sido optimizar los parámetros clínicos exigibles para incluir a los pacientes en la lista, en un intento de priorizar los procedimientos. Para ello se ha optado por sistemas de puntuación que eleven los umbrales clínicos de admisión,(5) o herramientas de priorización validadas que

reflejen un juicio clínico (7). Podría sugerirse incluso, basado en los resultados del análisis, que aquellos pacientes que se hallan en lista de espera para cirugía electiva por litiasis vesicular y que acuden a la guardia en repetidas ocasiones por complicaciones atribuidas a la misma, se les otorgue mayor prioridad en su resolución, estableciendo un plazo máximo para ello.

La ventaja de implementar esta política de control de los criterios clínicos es que no implica gran inversión de recursos, no obstante, podría dar paso a un conflicto en los especialistas, pues el control riguroso en la demanda puede ocasionar una percepción negativa en el paciente, ya que incluso los pacientes con bajas necesidades tiene derecho a acceder a los servicios públicos.(4)

Cuando las instituciones públicas se encuentran funcionando cerca al máximo de su capacidad de oferta, se plantean otras alternativas algo más complejas como la subvención de servicios quirúrgicos al sector privado.(8) O brindar garantías de tiempo máximo de espera, que tras el cumplimiento del mismo el paciente tenga derecho a acceder a los servicios privados. (6,7,10)

CONCLUSIONES

Los tiempos de espera prolongados afectan negativamente los resultados clínicos, el bienestar de los pacientes y la sostenibilidad del sistema sanitario. La evidencia actual apoya intervenciones integrales: desde inversión estructural y modelos organizativos eficientes que potencien la oferta de los establecimientos públicos, hasta herramientas de priorización de pacientes que cuenten con criterios clínicos para ingresar a las lista de espera quirúrgica, a fin de mejorar el control en la demanda. Alinear estas estrategias con planes sostenibles puede revertir esperas excesivas y mejorar la atención quirúrgica.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 20/09/2025 - Aceptado: 31/10/2025

BIBLIOGRAFIA

1. Albanese C, y col. Measuring the impact of delayed access to elective cholecystectomy through patient's cost-utility: an observational cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2021, 33(1), 1-7.
2. Biorn E, Hagen T, Iversen T, Magnussen J. The effect of activity-based financing on hospital efficiency. Working Paper 8. Health Economics Research Programme, University of Oslo; 2002.
3. Clemmesen F, Hansen M. Erfaringerne med meraktivitetsfinansiering af sygehus. *Samfunds_konomen* 2003;3:11-6.
4. Dennett V, et al. Priority access criteria for elective cholecystectomy: a comparison of three scoring methods. *New Zealand Medical Journal* 1998;111:291-3.
5. Gauld R, Derrett S. Solving surgical waiting list problem? New Zealand's booking system. *International Journal of Health Planning and Management* 2000;15:259-72.
6. Goddard J, Tavakoli M. Rationing and waiting list management - some efficiency and equity considerations. In: Malek M, editor. *Setting priorities in health care*. John Wiley and Sons; 1994.
7. Hanning M. Maximum waiting time - an attempt to reduce waiting lists in Sweden. *Health Policy* 1996;36:17-35
8. Hurst J, Siciliani L. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in 12 OECD countries. *OECD Health Working Paper*, no. 6; 2003. p. 1-216.
9. Pancorbo C, Moral L. Surgical waiting list reduction programme. The Spanish experience. *HOPE Pub*. 2002.
10. Sriukuma C, A. Development of the General surgery prioritisation tool implemented in New Zealand in 2018. *Health Policy* 124 (2020) 1043-1049.